



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Indhold:

Dokumentationspligt	2
Generelt om denne vejledning	2
Grundforløb-Forløb	2
Stamdata	3
Henvendelseskema	5
Generelle oplysninger	6
Helbredstilstande	8
Indsatser	14
Indsatsmål	14
Handlingsanvisning	15
Opfølgning og evaluering	16
Observations-notater	17
Medicin – tilknyt borger til FMK - CAVE	17
Målinger	17
Triage	18
Funktionsevnetilstande	19
Papirskemaer/Hjælpekemaer	22
Fjern borger fra FMK	22
Indlæggelse	22
Udskrivelse	22
Ved mors	23
GDPR	23
Journalføringspligt	23
Samtykkekompetence/handleevne	23
Informeret samtykke	24
Generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter ..	25
Indhentelse og videregivelse af helbredsoplysninger	26
Retsstilling	27



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Dokumentationspligt

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har dokumentationspligt. Dokumentation skal ud fra en faglig vurdering danne grundlaget for en god og sikker pleje- og behandling.

Det er et krav, at der dokumenteres tidstro, og er det ikke muligt pga. akutte opgaver, kan journalføringen undtagelsesvist vente, men skal dog ske snarest muligt derefter og under alle omstændigheder inden arbejdstidens ophør således, at der sikres en høj faglighed gennem hele døgnet.

Du har pligt til at orientere dig i den enkelte borgers journal, så du kan handle ud fra de sidst opdaterede oplysninger. Journalen skal føres på dansk, men må gerne indeholde latinske betegnelse og andre fagudtryk. Det er dog vigtigt at andre kolleger kan læse og forstå journalen.

Du har pligt til at give besked til din leder, hvis du ikke har adgang til Nexus eller ikke føler at have kendskab nok til at kunne dokumentere i Nexus.

Generelt om denne vejledning

Denne sygeplejefaglige vejledning for dokumentation i Nexus beskriver, hvor og hvordan der skal dokumenteres, så den røde tråd i den sundhedsfaglige del af journalen skabes.

Vejledningen er bygget op i kronologisk rækkefølge. Følges vejledningen fra side 3-17 sikres den røde tråd ved oprettelse af Stamdata, Henvendelsesskema, Generelle oplysninger, Helbredstilstande, Indsatser, Indsatsmål, Handlingsanvisninger, Opfølgning, Observationer og FMK-CAVE.

Funktioner og krav til udfyldelse af bl.a. Triage, fjern borger fra FMK, indlæggelse, funktionsevnetilstande osv. beskrives fra side 17-23. Juridiske forhold, bl.a. GDPR, samtykke og journalføringspligt beskrives fra s. 23-27.

Vejledningen bygger på Fælles Sprog III (FSIII) og Lov om Sygeplejefaglig Journalføring.

For vejledning i Tilstandsoverblikket henvises til, *Sådan arbejder du med Tilstandsoverblikket Trin for trin (Juni 2022)*

Grundforløb-Forløb

Journalen skal altid bygges op af ét Grundforløb med tilføjede forløb herunder. Det er vigtigt at den bygges korrekt op fra start. Det har betydning for at dokumentationen placeres det rigtige sted efterfølgende og brugeren derved kan finde de relevante oplysninger.

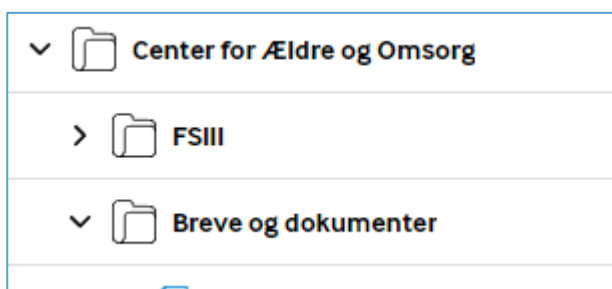
Sådan oprettes Grundforløb + Forløb:

- Søg relevant borger
- Klik på menupunktet Borgerforløb
- Klik på 1. Aktive forløb
- Kontroller at Grundforløbet ikke allerede er oprettet.
- Klik på Tilføj Aktivitet – vælg Grundforløb



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

- Søg efter Center for Ældre og Omsorg, marker denne og Gem og luk.
- Find Grundforløbet Center for Ældre og Omsorg
- Klik på pil udfor Grundforløbet- vælg Tilføj forløb
- Søg efter de 3 forløb i samme søgefelt: FSIII, Breve og Dokumenter og MedCom.
- Gem og luk.



Stamdata

Tilføj egen organisation, hvis dette ikke er gjort. Tilføj evt. andre relevante organisationer.

Fjern egen organisation, hvis der ikke længere er indsatser ved organisationen.

Tilføj pårørende inkl. Relation, Navn, Telefonnummer og hvem der er den primære kontakt.





Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Det er muligt at ændre Borgerstatus ved at klikke på Stamdata i Borgerbander eller på navnet øverst. Under overskriften Borgerstatus klikkes på den lille firkant og et nyt vindue åbner, hvor dato og status ændres. Borgers navn vil ændre farve alt efter status: Aktiv, *Indlagt*, *Midlertidigt ophold*, *Plejepladsen*, *inaktiv* eller *Død*.

Borgerstatus

* Borgerstatus ?

Aktiv

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Henvendelsesskema

Det er et krav, at kilder og baggrund for henvendelser omkring sygepleje er journalført. Ved henvendelser, som udløser en indsats, skal der oprettes og udfyldes et henvendelsesskema.

Henvendelsesskema Sygepleje		Gem som udfyldt	Gem nu	Annullér
Henvendelse fra				
Henvendelseskilde	Egen læge/vagtlæge			
Henvendelse modtaget	01-03-2022			
Uddyb kilde med navn, telefonnummer, mm	Læge XX 3480 Fredensborg			
Er borger indforstået med henvendelsen	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uafklaret			
Hvad drejer henvendelsen sig om?				
Henvendelsesårsag	Borger har sår på ve kind			
Hvad ønskes der hjælp til	Behandling med medicinsk salve/sårpleje			
Møde med borgeren				
Der er aftalt kontakt til borger	02-03-2022			
Henvendelse er modtaget af	Spl. XX			

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Generelle oplysninger

Der skal som minimum tages stilling til Mestring og Helbredsoplysninger. De resterende 9 områder i Generelle oplysninger skal udfyldes ved relevans for pleje og behandling, hvis ikke relevant skrives 'ej adspurgt'. Generelle oplysninger opdateres løbende, så det giver et retvisende billede af borgeren.

Mestring

Her tages stilling til borgers samtykkekompetence. Kan borger selvstændigt afgive et informeret samtykke, dvs. kan borger forstå information og konsekvenserne af et samtykke til en given behandling. Hvis borger ikke selvstændigt er i stand til dette, skal det beskrives, hvilken pårørende, der giver samtykke sammen med borger eller på borgers vegne. Fx hustru eller datter/søn (jf. afsnit om Retstilling). Brug et af nedenstående eksempler. Kan kopieres direkte fra tekstboks i Nexus eller fra Frasekataloget.

Eks. 1	Eks. 2	Eks. 3
Borger er i stand til at træffe beslutninger om sit liv og helbred og er generelt i stand til at forstå information og vejledning, samt give et informeret samtykke.	Borger er kun delvist habil i forhold til at træffe beslutninger om sit liv og helbred. Borger vil generelt have brug for støtte til at forstå information og vejledning, samt til at afgive et informeret samtykke til pleje og behandling. Det er XX (nævn hvilken med navn og relation) der er stedfortrædende samtykkeperson.	Borger er vurderet varigt inhabil (angiv navn på læge) og har en værge/stedfortrædende samtykkeperson (nævn hvilken med navn og relation) som varetager alle pleje- og behandlingsmæssige interesser.



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Helbredsoplysninger

Her skrives en oversigt over alle borgers aktuelle sygdomme, lidelser og funktionsnedsættelser. Har borger sygeplejeindsats på medicin, da tag udgangspunkt i medicinskemaet.

Alle nuværende sygdomme, lidelser og funktionsnedsættelser samt tidligere sygdomme af relevans for pleje og behandling skrives i punktform. Der angives kilde på sygdomme (borger, pårørende, FMK, Plejeforløbsplan, Udskrivningsrapport, Korrespondance, Genoptræningsplan osv.)

Behandlingsansvar for alle igangværende behandlinger, skal fremgå.

Helbredsoplysninger

til 20-05-2022 23:59

Generelle oplysninger

Helbredsoplysninger

Nuværende:

- Diabetes
- Forstoppelse
- Mavesyre i spiserøret
- Nedsat stofskifte
- Natlige lægkrampe
- Vitaminmangel
- Forhøjet blodtryk
- Hjertekramper
- Forhøjet kolesterol
- Smerter særlig i ben
- KOL
- Tendens til astma
- Øget risiko for blodprop

(Oplysninger fra FMK)

Hvor andet ikke er anført er egen læge behandlingsansvarlig

Nedsat gangfunktion, rollatorbruger

Tidligere:

- Blodprop i lungen 2021
- Hudcancer
- Opereret for aorta aneurisme 2017
- hoftealloplastik 2017

(Oplyst af visitator og borger)



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Helbredstilstande

Der skal tages stilling til, om borger har aktuelle og/eller potentielle problemer indenfor alle 12 sygeplejefaglige problemområder. Dette vurderes ved en Sygeplejefaglig Udredning (SFU).

SFU som indsats

Alle borgere skal have lavet en SFU

- Ved første besøg af sygeplejen eller indenfor 48 timer
- Hver 6. måned (visiteres som fast rul)
- Ved ændringer, fx ved forværring af sygdomsbillede eller efter indlæggelse

Helbredstilstand som præcisering af det sygeplejefaglige problemområde

Der er 43 helbredstilstande i Nexus (jvf. FSIII metoden) fordelt på de 12 sygeplejefaglige problemområder. En helbredstilstand skal ses, som en præcisering af problemet indenfor det enkelte sygeplejefaglige problemområde.

Helbredstilstandene skal ses som udgangspunktet for observationer og evalueringer i den daglige sygepleje af borger. Helbredstilstandene skal derfor hele tiden være opdateret, så de beskriver det aktuelle billede af, hvordan problemet viser sig.

Der skal tages stilling til Helbredstilstandene ved den sygeplejefaglige udredning (SFU) af borger samt i den daglige dokumentationspraksis. Mere om SFU nedenfor.

Sygeplejefaglig udredning af borger – SFU

I henhold til Sundhedsloven skal borgeren, som får sygepleje, udredes for problemer indenfor alle 12 sygeplejefaglige problemområder. Der skal tages stilling til, om borger har et *aktuelt*, *potentielt* eller *ikke har et problem* indenfor det enkelte område.

Ved en SFU, udredes borgeren via samtale og observationer på alle 12 problemområder. Brug hjælperedskabet. *De 12 sygeplejefaglige problemområder – støtteredskab til Sygeplejefaglig Udredning (Januar 2022).*

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

De tilstande som præciserer borgerens problemområder bedst fremhæves og gemmes som *aktiv* eller *potentiel*.

Tidligere helbredstilstande som ikke længere er aktuelle, gemmes som *inaktive*.

De resterende helbredstilstande under det enkelte problemområde, hvortil borgeren ikke har et problem gemmes som *ikke relevant*.

Tilføj tilstande

Gem som aktiv

Udfyld samlet som inaktiv

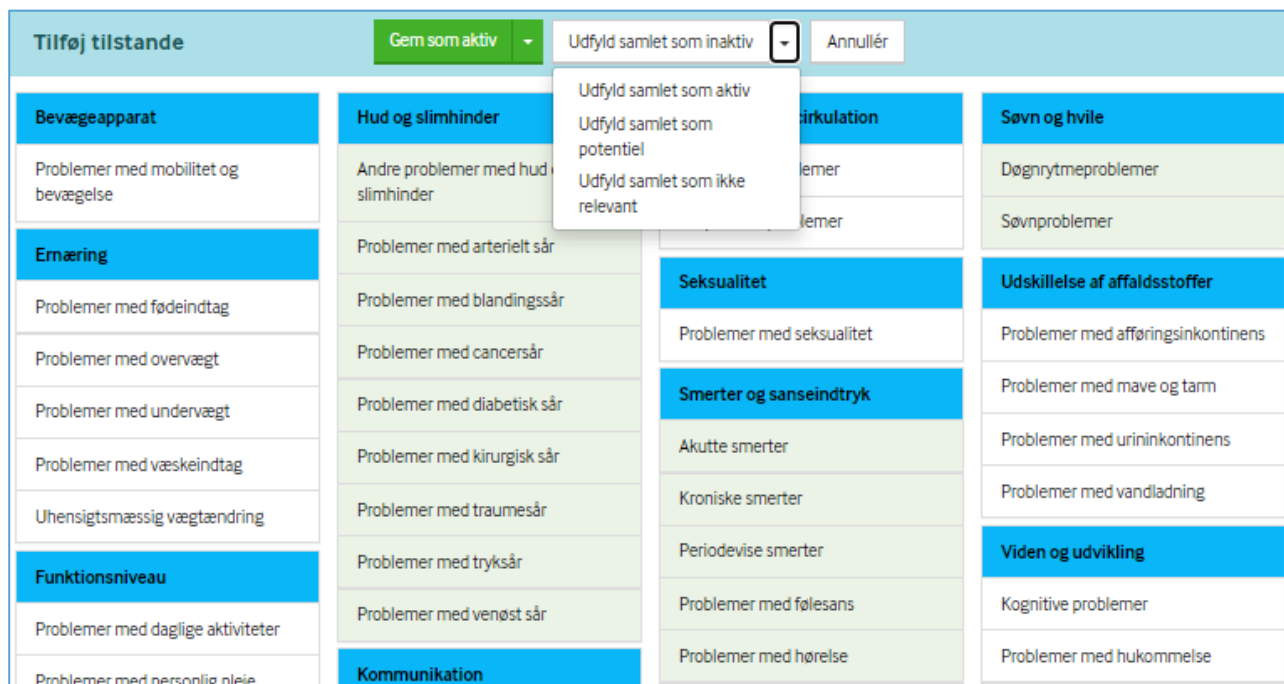
Annullér

Bevægeapparat Problemer med mobilitet og bevægelse	Hud Problemer med arterielt sår Problemer med blandingssår Problemer med cancersår Problemer med diabetisk sår Problemer med kirurgisk sår Problemer med traumesår Problemer med tryksår Problemer med venøst sår	Respiration og cirkulation Cirkulationsproblemer Respirationsproblemer	Søvn og hvile Døgnrytmeproblemer Søvnproblemer
Ernæring Problemer med fødeindtag Problemer med overvægt Problemer med undervægt Problemer med væskeindtag U hensigtsmæssig vægtændring	Kommunikation Problemer med kommunikation	Seksualitet Problemer med seksualitet	Udskillelse af affaldsstoffer Problemer med afføringsinkontinens Problemer med mave og tarm Problemer med urininkontinens Problemer med vandladning
Funktionsniveau Problemer med daglige aktiviteter Problemer med personlig pleje	Psykosociale forhold Emotionelle problemer Mentale problemer Problemer med misbrug Problemer med socialt samvær	Smerter og sanseindtryk Akutte smerter Kroniske smerter Periodevise smerter Problemer med følesans Problemer med hørelse Problemer med lugtesans Problemer med smagssans Problemer med synssans	Viden og udvikling Kognitive problemer Problemer med hukommelse Problemer med indsigt i behandlingsformål Problemer med sygdomsindsigt

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Har borgeren slet ikke problemer indenfor et område fremhæves hele området med tilhørende helbredstilstande og vælges *udfyld samlet* som *ikke relevant*.

Der skrives i fagligt notat, ' *vurderet ikke relevant*' derefter Gem og luk.



Tilføj tilstande Gem som aktiv Udfyld samlet som inaktiv Annullér

Bevægeapparat Problemer med mobilitet og bevægelse	Hud og slimhinder Andre problemer med hud/slimhinder Problemer med arterielt sår Problemer med blandingssår Problemer med cancersår Problemer med diabetisk sår Problemer med kirurgisk sår Problemer med traumesår Problemer med tryksår Problemer med venøst sår	Kardiovaskulær cirkulation Problemer med blodcirkulation Problemer med blodtryk Problemer med blodårer Problemer med blodkar Problemer med blodårer Problemer med blodkar Problemer med blodkar Problemer med blodkar Problemer med blodkar	Søvn og hvile Døgnrytmeproblemer Søvnproblemer
Ernæring Problemer med fødeindtag Problemer med overvægt Problemer med undervægt Problemer med væskeindtag U hensigtsmæssig vægtændring	Kommunikation	Seksualitet Problemer med seksualitet	Udskillelse af affaldsstoffer Problemer med afføringsinkontinens Problemer med mave og tarm Problemer med urininkontinens Problemer med vandladning
Funktionsniveau Problemer med daglige aktiviteter Problemer med personlig pleje	Smerter og sanseindtryk Akutte smerter Kroniske smerter Periodelise smerter Problemer med følesans Problemer med hørelse	Viden og udvikling Kognitive problemer Problemer med hukommelse	

Hvornår er en tilstand aktiv, potentiel, ikke relevant eller inaktiv

Aktive tilstande	Potentielle tilstande	Ikke relevante tilstande	Inaktive tilstande
Alle aktuelle lidelser, sygdomme og funktionsnedsættelser. Uanset om borger er i medicinsk behandling (også velbehandlet) og uanset administrationsansvar.	Øget risiko for at udvikle et problem som følge af sygdom, handicap eller medicinsk behandling.	Ingen aktuelle lidelser, sygdomme eller funktionsnedsættelser. Der er ikke observationer/oplysninger, som er nødvendige for pleje og behandling	Lidelser, sygdomme eller funktionsnedsættelser som er behandlet eller ikke længere gør sig gældende (borger får ikke medicin)



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Tilstandsdetaljer

Her udfyldes Nuværende vurdering, Fagligt notat, Forventet vurdering og Borgers vurdering.
Resterende punkter lades tomme.

Nuværende vurdering

Problemet præciseres i overskrift(er) og med tal, hvis der er flere.

Tilstandsdetaljer	
Nuværende niveau ?	<div>Vælg nuværende niveau</div>
Nuværende vurdering ?	<div>1.Diabetes 2.Mavesyreproblematik 3.Nedsat stofskifte 4.Vitaminmang</div>

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Fagligt notat

Her beskrives, hvordan problemet viser sig aktuelt hos borgeren. Det faglige notat skal give din kollega et udgangspunkt for sin observation, vurdering, evaluering og opfølgning.

Husk de fem hjælpespørgsmål, så det faglige notat bliver så fyldigt og brugbart som muligt.

1. Hvordan kommer tilstanden til udtryk?
2. Får borger medicin i forbindelse med tilstanden?
3. Hvilke symptomer får borger ved forværring af tilstand?
4. Hvad hjælper ved forværring?
5. Er borger selvhjulpnen omkring aftaler om kontrol og behandlingsplaner? Hvis sygeplejen skal hjælpe med dette, hvornår er næste kontrol og hvad er plan?

Fagligt notat ?

1. Borger er i behandling med langsomvirkende insulin.
BS er på nuværende tidspunkt velreguleret.
Borger angiver, at hun ikke mærker nogen symptomer ved for højt BS.
Ved for lavt BS angiver hun at hun bliver lidt svimmel, derudover
mærker hun intet til det.
Borger er bevist om diabetesvenlig kost og efterlever til hverdag dette.

2. Borger lider af for meget mavesyre, og er i behandling for dette.
Når adspurgt fortæller hun at hun ingen gener har fra dette efter
opstart med medicinen sidste år. Borger mærkede svigende og
murrende fornemmelse ved brystet især efter et måltid

3. Borger er i behandling for nedsat stofskifte.
Har ingen gener i forhold til dette.

4. Borger er i behandling for vitaminmangel
Borger spiser sund og varieret kost og mærker intet til dette.

Borger står sammen med sin datter for alt vedr. kontroller af
ovenstående punkter

Forventet niveau ?

Vælg forventet niveau ▼



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Forventet vurdering

Her vurderes, hvordan kendetegn og symptomer ved tilstanden forventes at udvikle sig ved behandling og sygepleje. Denne vurdering skal bruges ift. opfølgning og evaluering af tilstand og indsats.

Brug en af følgende vurderinger: *Forsvinder*, *Mindskes* eller *Forbliver uændret*.

Forventet vurdering ?	1. Forbliver uændret 2. Forbliver uændret 3. Forbliver uændret 4. forbliv
Beskrivelse ?	

Borgers vurdering

Her skal det være borgers egen vurdering.

Udførelse

Her udfyldes borgers egen vurdering af evnen til at udføre aktiviteter vedrørende tilstanden

Betydning af udførelse

Her udfyldes om borger oplever begrænsninger ift. tilstanden

Borgers forventning og mål

Her beskrives med borgers egne ord, hvad denne ønsker og forventer i forhold til den tilstand, borgeren har.

Borgers vurdering	
Udførelse ?	Udfører ikke selv x
Betydning af udførelse ?	Oplever ikke begrænsninger x
Borgers forventning og mål ?	At hjemmeplejen hjælpe borger med bs måling samt insulin ingift.
<div>Gem som aktiv x Annullér</div>	



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

I den daglige dokumentation

Opstår et nyt problem ift. sygdom, lidelse eller funktionsnedsættelse, skal den tilstand aktiveres og udfyldes, som præciserer problemet.

Tilstandene opdateres i det daglige, så det faglige notat giver et billede af borgerens problemstilling.

Aktive tilstande hvortil borgeren ikke længere har et problem

Evaluerer skrives i tilstand under fagligt notat, fx 'sår ophelet' eller 'UVI velbehandlet' og det vurderes om tilstanden skal inaktiveres eller gøres potentiel.

Har borger flere problemstillinger under samme helbredstilstand, som fortsat er aktive, lades tilstanden aktiv. Der dokumenteres ved at opdatere det faglige notat og beskrive hvilket problem der nu er inaktivt med dato. Det vil tydeligt fremgå, at der var et problem mere, som ikke længere er aktuelt. Helbredstilstande med kun en problemstilling inaktiveres.

Hvis borger har haft indsats tilknyttet, skrives et observationsnotat om, at indsatsen afsluttes.

Indsatser

Efter udførelse af SFU visiteres de sundhedslovs indsatser, som borger har brug for og der tages stilling til, om der er indsatser, der skal afsluttes.

Tid

Der skal tages stilling til ikrafttrædelsesdato, evt. slutdato, frekvens, hyppighed, leverandør og tidsforbrug. Nævn i beskrivelsesfeltet, hvis der er særlige elementer, der skal tages hensyn til.

Leverandør

Visiteres en indsats til både dag og aften, skal de laves som to separate indsatser. De kan ikke laves i den samme pga. forskellige leverandører.

Planlæg indsats

Når indsatsen er bestilt, skal den trækkes ind i kalenderen fra fanen "Bestilte ydelser". Dette sker ikke automatisk. Når indsatsen er planlagt i kalenderen skal man angive at den er "Planlagt".

Afslut indsats

Når indsatsen afsluttes skal der sættes slutdato på indsatsen og derefter skal den fjernes fra kalenderen.

Indsatsmål

På alle indsatser skal der laves indsatsmål, som er målbare, så det bliver muligt at følge op og evaluere. Der skal tages udgangspunkt i den forventede vurdering og borgers egne mål. Indsatsmålet skal relateres til indsatsen (flere indsatser kan have samme mål).

Udfyld med en relevant overskrift fx indsatsens navn.



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Handlingsanvisning

Hvordan skal indsatsen udføres

Når borger har en indsats og et indsatsmål, skal der laves en handlingsanvisning. Den beskriver, hvad der skal udføres samt på, hvilken måde dette skal gøres for at nå indsatsmålet. Der skal være handlingsanvisning til alle indsatser.

Frasekatalog

Standardfraser til handlingsanvisning på medicindispensering, medicinadministrationer (inhalationer, øjendryp, medicinsk plaster osv. findes i *Frasekataloget (Juni 2022)*

VAR

Procedurebeskrivelse fra VAR kan med fordel indsættes i handlingsanvisningen, hvor det er relevant.

Informeret samtykke

Det skal fremgå, at borger har givet mundtligt informeret samtykke til behandlingen, herunder hvilken information, der er givet om formål, bivirkninger og eventuelle risici.

Opgaveglidning

Er den pågældende indsats gledet, skal det fremgå af handlingsanvisningen. Det skal fremgå, hvilken faggruppe indsatsen er gledet til. Der må glides indenfor den aftalte ramme jf. Fredensborg kommunes Kompetenceprofil og Sygepleje Indsatskataloget. Den enkelte medarbejder SSA eller SSH skal have kompetenceskema på opgaven eller på borgeren.



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Opfølgning og evaluering

Det er et krav, at der i den sygeplejefaglige journal fremgår tydelige opfølgninger på borgers sundhedsmæssige problemstillinger. Der skelnes mellem løbende og struktureret opfølgning.

Løbende opfølgning på observations-notater

Er der skrevet et observations-notat om *forværring*, fx '*borger klager over hovedpine...*' skal sygeplejen sørge for, at der bliver fulgt op. Alle observations-notater med forværring skal følges op indenfor 24 timer. Viser opfølgningen, at problemet er væk, skal der laves et observations-notat om *forbedring* fx '*ved middagsbesøg har borger ikke længere hovedpine...*'. Er der ved opfølgning ikke forbedring, skal det fagligt vurderes om, der skal tilrettes i eksisterende helbredstilstand eller om der skal oprettes en ny helbredstilstand.

Løbende opfølgning på tilstande og indsatser

Ved alle sygeplejeindsatser skal indsatsmål og handlingsanvisning følges op og opdateres ift. den *forventede* tilstand (*forventet vurdering*). Det skal fagligt vurderes om den konkrete opfølgning skal dokumenteres ved at opdatere den enkelte helbredstilstand eller dokumenteres i et tilknyttet observations-notat.

Struktureret opfølgning

Udover opfølgninger i den daglige dokumentation, er der krav til, at der planlægges opfølgning på Helbredstilstande med faste datoer. Dette for at sikre, opdatering af den overordnede sygeplejefaglige udredning samt, opdatering på helbredstilstande, som ikke har en direkte indsats. Alle borgere, der får sygeplejeydelser, skal have lavet en SFU minimum hver 6. måned. SFU visiteres i et fast rul med indsatsen *Opfølgning*.



Observations-notater



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Triage

Triage er et værktøj til tidlig opsporing af sygdom, der kan triageres i farverne: rød, gul og grøn. Som udgangspunkt triageres alle borgere, der modtager personlig pleje og sygepleje.

Når en borger ud fra observationer triageres grøn, gul eller rød for 1. gang oprettes et Indsatsmål med overskrift Triage. I beskrivelses-feltet beskrives kort årsagen til triageringen. Ved gul eller rød udløser triageringen oprettelse eller ændring af relevante Indsatser og Handlingsanvisninger. Når borger igen Triageres i anden farve, åbnes Indsatsmålet og i beskrivelsesfeltet, skrives ny dato og kort beskrivelse for ny Triagering.

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Funktionsevnetilstande

I henhold til Serviceloven og FSIII, skal det udredes hvilke funktionsbegrænsninger der ligger til grund for de behov borgeren har. Her ud fra vælges de relevante Funktionsevnetilstande og borgerens begrænsninger og behov dokumenteres heri. Funktionsevnetilstandene er grupperet efter 5 områder: Egenomsorg, Praktiske opgaver, Mobilitet, Mentale funktioner og Samfundsliv. Under de 5 områder findes de 30 forskellige Funktionsevnetilstande.

Funktionsevnetilstande	
Egenomsorg Vaske sig Gå på toilet Kropspleje Af- og påklædning Spise Drikke Varetage egen sundhed Fødeindtagelse	Mentale funktioner Tilegne sig færdigheder Problemløsning Anvende kommunikationsudstyr og -teknikker Orienteringsevne Energi og handlekraft Hukommelse Følelsesfunktioner Overordnede kognitive funktioner
Praktiske opgaver Udføre daglige rutiner Skaffe sig varer og tjenesteydelser Lave mad Lave husligt arbejde	Samfundsliv Have lønnet beskæftigelse
Mobilitet Ændre kropsstilling Forflytte sig Løfte og bære Gå Bevæge sig omkring Færden i forskellige omgivelser Bruge transportmidler Udholdenhed Muskelstyrke	

Visitationen vil ud over at beskrive funktionsbegrænsninger, tage stilling til det som borgeren har ansøgt om, og i det Faglige notat beskrive hvad der bevilges af Indsatser efter Serviceloven(SEL). I udredningen kan data fra andre dele af journalen fx Helbredstilstande og Generelle oplysninger også inddrages.

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Det er vigtigt, at der i det Faglige notat står beskrevet hvordan funktionsnedsættelsen aktuelt kommer til udtryk, årsagen til funktionsnedsættelsen samt hvilke behov det medfører. Som en væsentlig del af beskrivelsen dokumenteres også borgers egne tilkendegivelser ift. Udførelse og betydning af de forskellige aktiviteter, der er indeholdt i Funktionsevnetilstanden, samt forventninger og mål. Funktionsevnetilstandene opdateres løbende, både ved myndighedsopfølgning og når leverandøren observerer forværring eller forbedringer i forhold til Tilstanden. Observeres der forværring af borgers aktuelle funktionsniveau, kan der være behov for at oprette nye Funktionsevnetilstande. Observeres der forbedring i funktionsniveauet, skal det vurderes om Funktionsevnetilstanden kan gemmes som *Ikke Aktiv*.

Tilstandsdetaljer

Nuværende niveau ?

3 - Svære begrænsninger

Fagligt notat ?






Borger har nedsat kraft i højre arm efter apopleksi og kan derfor ikke selvstændigt udføre alle dele af personlig hygiejne. Har behov for person assistance til bad, hårvask, vask af ryg, under højre arm og fødder.
Bevilget hjælp til dette.
Borger er desuden bevilget et TSH forløb mhp. selvstændighed i forbindelse med hårvask i badet og selvstændigt at skylle sig efter bad, samt aftørring med håndklæde.

Forventet niveau ?

2 - Moderate begrænsninger

Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Udover det Faglige notat skal der tages stilling til graden af selvstændighed/behov for personassistance ved at niveauscore borger fra 0-4, i forhold til *nuværende niveau* og *forventet niveau*.

Borgerens funktionsevne vurderes ud fra følgende niveauer:					
 0	 1	 2	 3	 4	9
Ingen eller ubetydelige begrænsninger	Lette begrænsninger	Moderate begrænsninger	Svære begrænsninger	Totale begrænsninger	Ikke relevant
Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance til at udføre aktiviteten.	Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har brug for fuldstændig personassistance for at udføre aktiviteten.	9-tallet anvendes der, hvor man vurderer, at det ikke er relevant at registrere en vurdering for borgerens funktionsevne. Det viser andre
Borgeren klarer selv aktiviteten.	Borgeren er aktiv og har kun behov for lidt hjælp.	Borgeren er aktiv men har behov for moderat hjælp.	Borgeren deltager under forudsætning af omfattende hjælp.	Borgeren kan ikke selv og får hjælp til alt.	kollegaer og samarbejdspartnere, at der er taget aktivt stilling til området, og at den manglende vurdering ikke skyldes en forglemmelse.

Det er SSHs ansvar at læse Tilstandene og dokumentere i et observations-notat, hvis der er ændringer til borgers aktuelle tilstand.

Det er SSA eller sygeplejerskens ansvar at tilføje ny Funktionsevnetilstand eller opdatere Funktionsevnetilstandens faglige notat og scoring i samarbejde med SSH, da SSH ikke har rettighed til at oprette eller revidere i teksten.

Visitationen vil desuden opdatere, oprette eller inaktivere Funktionsevnetilstande ved re-visitation eller i forbindelse med tilbagemelding/henvendelse fra Leverandøren.

Feltet Beskrivelse benyttes ikke.



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Papirskemaer/Hjælpekemaer

Papirskemaer i hjemmet må gerne forefindes, som hjælpekemaer ved f.eks. placering af medicinsk plaster eller injektionssted. Det skal dog dokumenteres i den pågældende handlingsanvisning, at skema forefindes samt, hvordan det enkelte skema bruges. Der skrives et observations-notat med angivelse af placering af plaster eller injektionssted.

Der må ikke i Fredensborg kommune dokumenteres på hjælpekemaet i hjemmet, da dokumentationen skal fremgå af journalføringen.

Fjern borger fra FMK

- Hvis ikke vi har noget med borgers medicin at gøre (eller borger dør), skal FMK lukkes.
- Fjern tilknytning til FMK.
- Luk medicinliste.
- Inaktiver medicininformation.

Indlæggelse

Efter modtagelse af Indlæggelsesadvis gøres følgende:

- Manuel Indlæggelsesrapport udfyldes og sendes
- Ændrer borgers status til "indlagt" (navnet bliver orange) i stamdata
- Fjerner borgers besøg i kalenderen, mens de er indlagt ved at "ret planlagte ydelse"
- Forholder sig og handler på oplysningerne i plejeforløbsplanen

Vær opmærksom på at følgende funktions- og helbredstilstande kommer med på indlæggelsesrapporten ud over hjælpemidler og indsatser.

Funktionstilstande: Alle aktive tilstande til funktionsområderne Egenomsorg, Mobilitet og Mentale funktioner og Samfundsliv, men ikke aktive tilstande under Praktiske opgaver.

Helbredstilstande: Alle aktive og potentielle helbredstilstande til de 12 sygeplejefaglige områder, men ikke tilstande under Funktionsniveau.

Udskrivelse

Efter modtagelse af udskrivelsesadvis gøres følgende:

- Ændrer borgers status til "aktiv" (navnet bliver sort) i Stamdata
- Genoptager borgers besøg i kalender ved at "ret planlagte ydelse"
- Forholder sig og handler på indholdet i udskrivelsesrapporten.



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Ved mors

- Borger status ændres til "død" (navnet bliver rødt).
- Alle sundhedslovs indsatser afsluttes.
- Alle besøg i kalenderen afsluttes.
- Alle Opgaver med opfølgning afsluttes.

GDPR

Alle nye borgere i Fredensborg kommune, skal have ét brev tilsendt vedr. Behandling af personfølsomme oplyser. Den første Myndighed (Visitation, Hjælpebidler, Demens, Træning eller Hjemmesygeplejen) som er i kontakt med borgeren skal sende Brevet: *Sådan behandler vi dine personoplysninger*.

Brevet sendes digitalt og findes under Breve og dokumenter.

Journalføringspligt

Journalen er et meget vigtigt redskab for sundhedsfagligt personale. Med sundhedsfagligt personale forstås sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andre medarbejdere som varetager sygeplejefaglige opgaver under en autoriseret sundhedsfaglig person. Enhver autoriseret sundhedsperson og andre personer, der udfører sygeplejefaglige opgaver, har pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed fortager pleje eller behandling af en patient. Både autoriseret og ikke-autoriseret sygeplejefagligt personale er ansvarlig for indholdet af deres egne notater i journalen. Journalføringen skal være både entydig, systematisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikationen både inden for egen faggruppe, men også med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten. Journalerne bidrager til at skabe kontinuitet og indsigt i pleje- og behandlingsforløbet, og er afgørende for den faglige kommunikation i sundhedsvæsenet, her primær sektor.

Det er vigtigt at der føres korrekt og brugbar journal. Sundhedspersoner skal ud fra journalen kunne få kendskab til patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken pleje og behandling der er planlagt, udført, resultatet samt opfølgning. Dette gøres efter nyeste vejledning, ved at der skal skrives det, som er nødvendigt for sikker og god patientpleje og behandling, og så præcist som muligt. Derved opretholdes patientsikkerheden og alle omkring patienten kan danne sig et overblik over patienten behov og pleje- og behandlingsforløb.

Samtykkekompetence/handleevne

Det skal fremgå af journalen, om patienten er vurderet til helt eller delvist, selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling, samt at varetage eget helbred.

Hvis patienten vurderes til ikke at have samtykkekompetence, skal det fremgå af journalen, hvem der kan give stedfortrædende samtykke på patientens vegne. Dette kan være nærmeste



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

pårørende eller værge. Desuden skal det fremgå hvilken lægefaglig årsag der ligger til grund for at borger er vurderet inhabil i forhold til at afgive et Informeret samtykke. Dette vil typisk være Demens, medfødt- eller erhvervet hjerneskade, udviklingshæmmet eller psykisk sygdom.

Den eller de behandlingsansvarlige læger bedes dokumentere dette i en korrespondance til Hjemmesygeplejen.

Informeret samtykke

Det informerede samtykke er en af grundpillerne for det moderne sundhedsvæsen, da det sikre patientens selvbestemmelsesret og inddragelse i egen behandling. Sundhedspersonale har pligt til at sikre sig at der er indhentet et Informeret samtykke inden opstart af behandling eller sygepleje.

Det skal fremgå af journalen, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakt til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret Samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende samtykkeperson. Ingen behandling må indledes eller ændres uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret. I forhold til den information som gives, skal den kun journalføres i nødvendigt omfang.

Samtykket skal være givet baseret på fyldestgørende information fra en fagperson. Informationen skal være mundtlig og patienten skal ved dialog have mulighed for at stille spørgsmål. Informationen skal gives uanset om patienten har anmodet om denne eller ej. Skriftlige vejledninger kan understøtte vejledningen, men kan aldrig stå alene.

Samtykket kan være mundtligt, så længe dette er noteret i journalen. Det skal i nødvendigt omfang fremgå af journalen, hvilken information der er givet og hvad borger har tilkendegivet. Kravet om journalføring af informationen øges, jo mere kompleks plejen og behandlingen er, og jo større risiko der er for at udvikle komplikationer og bivirkninger. Omvendt vil kravet mindskes, hvis patienten kender behandlingen og der ikke er ændringer i den information patienten tidligere har modtaget. I disse tilfælde vil det fx være tilstrækkeligt at journalføre, at patienten eller dennes stedfortræder er informeret om behandlingen, risici og givet sit samtykke. Tilkommer der nye oplysninger eller ændringer i behandlingen, skal der indhentes et nyt samtykke. Hvis patienten helt eller delvist fravælger tilbudt pleje og/eller behandling efter informationen, skal det fremgå af journalen. Den givne information om hvilke konsekvenser, som fravalget kan medføre skal journalføres i nødvendigt omfang. Her menes de helbredsmæssige konsekvenser og i sjældne tilfælde økonomiske.

Hvis der ikke er nogen tvivl om, at patienten samtykker til én del af et behandlingsforløb, kan samtykket være stiltiende. Her er der tale om almindelige delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb, hvor det er utvivlsomt at patienten samtykker og deltager i disse. Fx en



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

patient som oplyser at have symptomer på urinvejsinfektion, og efter information samtykker til at sygeplejersken kontakter lægen herom, så er det som udgangspunkt ikke nødvendigt at indhente og journalføre samtykket til at sende en urinprøve til undersøgelse og derefter kontakte lægen mhp. evt. medicinsk behandling. Det stiltiende samtykke skal kun journalføres, hvis der er øvrige omstændigheder, som gør at der er behov for dette, så længe at det noteres at der er tale om et forløb indbefattet af stiltiende samtykke. Er der tvivl om tilslutning fra patienten, skal udtrykkeligt samtykke indhentes.

Generelt informeret samtykke til mindre behandlinger ved varigt inhabile patienter. Ny bekendtgørelse, samt vejledning fra Styrelsen for patientsikkerhed er udkommet.

Generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter

Nogle patienter/borgere kan ikke give samtykke til behandling og undersøgelse. Hvis en patient varigt mangler evnen til at give et informeret samtykke, er patienten varigt inhabil.

Det kan være patienter med varigt nedsat psykisk eller kognitiv funktionsevne, uanset om det er medfødt eller erhvervet. Det kan fx være udviklingshæmmede, patienter med demenssygdom eller hjerneskade.

Et generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter kan indhentes forud for op til 1 år af gangen. Det kan give plejepersonale mulighed for at udføre en række bestemte mindre undersøgelser og behandlinger af varigt inhabile, så snart behovet opstår, uden at skulle kontakte den stedfortrædende samtykkeperson for at indhente informeret samtykke forud for hver behandling eller US.

De konkrete undersøgelser og behandlinger er opdelt i 2 kategorier:

Grundpakke – Liste A: Fx Urinundersøgelse, simpel sårpleje og alm. Lægekontakt

Tilvalgsliste – Liste B: Fx. Tandeftersyn, fodterapi, kompressionsbehandling

Det generelle samtykke indhentes af den stedfortrædende samtykkeperson, og skal være skriftligt og gælder et år. Der skal gives fyldestgørende information forud for samtykket, gældende alle punkter på listen.

Det skal journalføres hvilken læge eller klinik som har vurderet borgeren varigt inhabil, samt hvilken diagnose eller funktionsnedsættelse som ligger til grund.

Samtykkeerklæringen udfyldes og scannes ind i Nexus og gemmes under Breve og Dokumenter. Under helbredsoplysninger skal der skrives *'der er indhentet generelt informeret samtykke, se under breve og dokumenter'*.

(Jvf. Sundhedslovens Bekendtgørelse om Generelt informeret samtykke til varigt inhabile patienter. Jvf. Vejledning om Generelt informeret samtykke til varigt inhabile patienter på Styrelsen for Patient Sikkerheds hjemmeside)



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

Indhentelse og videregivelse af helbredsoplysninger

Borgere som er fyldt 15 år, og som er i stand til at varetage eget helbred og overskue konsekvenserne af sine handlinger, skal afgive samtykke til at indhente eller videregive helbredsoplysninger. Er borgeren ikke i stand til selv at varetage sine interesser, skal samtykket indhentes af værge eller anden person som er bemyndiget til dette, f.eks. ægtefælle eller forældre.

I forbindelse med behandling:

Samtykket skal gives til den sundhedsperson som indhenter eller videregiver oplysningerne. Samtykket skal gives ved aktuelt behov for videregivelse eller indhentelse. Samtykket kan afgives mundtligt og gælder for den aktuelle behandling. Borger kan til en hver tid trække sit samtykke tilbage, så længe der ikke er foretaget indhentning eller videregivelse. Samtykket noteres i journalen.

Til andre formål end behandling:

Skal være afgivet i forbindelse med det aktuelle behov for indhentelse og/eller videregivelse af oplysninger, og skal være skriftligt. Samtykket bortfalder et år efter det er givet.

Samtykkeerklæringen findes i Nexus, udfyldes, printes ud, og tages med til borger. Efter borger har underskrevet denne, scannes erklæringen ind i Nexus og gemmes under Forløb: Breve og dokumenter. Borger kan til en hver tid trække sit samtykke tilbage, så længe der ikke er foretaget indhentning eller videregivelse.

Til pårørende:

Jvf. Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende.

Sundhedspersoners tavshedspligt udspringer af et grundlæggende princip om, at patienter skal kunne give fuldstændige oplysninger i tillid til, at disse oplysninger ikke gives videre til andre. Offentlige ansatte har tavshedspligt. Alle autoriserede sundhedspersoner har tavshedspligt. Medhjælper er omfattet af den samme tavshedspligt.

Tavshedspligten omfatter oplysninger af en vis følsom karakter, såkaldte Fortrolige oplysninger. Oplysninger om personlige og økonomiske forhold er Fortrolige oplysninger, og derfor er langt de fleste oplysninger som sundhedspersonale har kendskab til fortrolige oplysninger. Det kan f.eks. være oplysninger om helbred, indlæggelses på sygehus eller skadestue, sociale problemer, misbrug eller privatøkonomi. Sundhedspersonale må til gengæld godt modtage information fra pårørende, uden at dette er i strid med tavshedspligten. Det er også tilladt at vejlede generelt om sygdom og behandling, samt de pårørendes mulighed for at yde og få støtte generelt. Videregivelse af Fortrolige oplysninger er dog ikke udelukket, hvis Patienten har givet samtykke til videregivelse til pårørende.

Et samtykke gælder ikke generelt, men omfatter kun de konkrete typer af oplysninger, som det aftales at videregive. Samtykket skal principielt være skriftligt og indgå i journalen. Patienten har ret til at nægte, uanset konsekvenserne, det er derfor vigtig at patienten informeres via dialog om konsekvenser heraf. Samtykkeerklæringen findes i Nexus, udfyldes, printes ud, og tages med til borger. Efter borger har underskrevet denne, scannes erklæringen



Sygeplejefaglig arbejdsgang for dokumentation i Nexus

ind i Nexus og gemmes under Forløb: Breve og dokumenter. Borger kan til en hver tid trække sit samtykke tilbage, så længe der ikke er foretaget indhentning eller videregivelse.

Det skal ligeledes journalføres, hvis patienten har frabedt sig videregivelse eller indhentning af oplysninger om helbred, samt konsekvenser heraf.

Retsstilling

Jvf. Nedenstående Bekendtgørelser og vejledninger på <https://www.retsinformation.dk> samt www.STPS.dk

- Sundhedsloven
- Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.
- Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger.
- Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende.
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.)
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring af 01/07/2022
- Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).
- Vejledning om hjemmesygepleje.
- Bekendtgørelse om hjemmesygepleje.